



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Estudio sobre la importancia de la formación en TCA en
profesionales del ámbito educativo

Study on the importance of training in eating disorders for
professionals in the educational field

Autora

Marina Castellano Aznar

Director

Luis Cantarero Abad

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2020

AGRADECIMIENTOS

Después de un largo camino de cuatro años, quisiera agradecer a todas las personas que me han acompañado y asesorado durante este periodo, las cuales han hecho posible que yo llegue hasta aquí mediante su apoyo y motivación.

En concreto me gustaría agradecer a la Universidad de Zaragoza y a la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo haberme dado la oportunidad de realizar mis estudios aquí. En especial, a todo el profesorado que ha formado parte en mi formación, gracias por la entrega y el trato recibido.

Agradecer a la Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (ARBADA) por ofrecerme la oportunidad de realizar allí mis prácticas. La realización de estas prácticas me motivó a realizar el Trabajo Fin de Grado sobre dicha patología.

Tras un intenso periodo de trabajo, me gustaría agradecer a mi director, Luis Cantarero Abad, por haberme acompañado durante todo el proceso. Para la creación de este trabajo ha sido fundamental su conocimiento y asesoramiento. Agradecerle la disposición y la profesionalidad, así como la orientación durante todo el trabajo.

Por último, agradecer a mi familia haberme dado la oportunidad de realizar estos estudios y haber confiado en mí.

RESUMEN

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son considerados un importante problema de salud en sociedades desarrolladas, mayoritariamente presentes en población adolescente, esta importancia se debe tanto a su relevancia epidemiológica, como a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conllevan. Estas consecuencias pueden presentarse a nivel individual, familiar y social y pueden incluso desembocar en la muerte y suicidio de la persona que la padece, esto ha supuesto desde el punto de vista profesional un esfuerzo en el desarrollo de estrategias de intervención.

Es por eso el objetivo principal de este Trabajo Fin de Grado desarrollar un programa de prevención de TCA en el ámbito educativo, mediante una formación orientada al profesorado. Ya que, si se provee a los docentes una formación de calidad, técnicas adecuadas y se fomenta una correcta comunicación con las familias de los afectados, se podría disminuir la aparición y mantenimiento de alumnos con TCA.

Términos clave

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Adolescencia, Programa de Formación TCA, Intervención educativa, Prevención primaria.

ABSTRACT

Eating Disorders are considered an important health problem in developed societies, mostly present in adolescents, this importance is due to its epidemiological relevance, and the physical, psychological and social consequences that they entail. These consequences can occur at the individual, family and social level and can even lead to the death and suicide of the person who suffers the illness, this has involved an effort in the development of intervention strategies from the professional point of view.

That is why the main objective of this Final Degree Project is to develop an eating disorder prevention program in the educational field, through training aimed at professors. Because, if teachers are provided with quality training, adequate techniques and proper communication is encouraged with the families of those affected by the disorder, the appearance and maintenance of students with eating disorders could be reduced.

Keywords

Eating Disorders, Adolescence, Education Program in eating disorders, Educational Intervention, Primary Prevention.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	6
<i>Justificación</i>	6
<i>Objeto de estudio</i>	7
<i>Estructura</i>	7
MARCO TEÓRICO	8
<i>Alimentación</i>	8
<i>Aproximación a la enfermedad: Trastorno de la Conducta Alimentaria</i>	10
<i>Factores pronóstico</i>	13
<i>Prevención</i>	14
<i>Tratamiento</i>	16
<i>Educación para la salud e intervención educativa</i>	18
DISEÑO PROYECTO DE FORMACIÓN	20
<i>Delimitación territorial</i>	20
<i>Objetivo generales y específicos</i>	20
<i>Temporalización</i>	21
<i>Metodología</i>	22
<i>Sesiones</i>	23
<i>Recursos humanos y materiales</i>	24
<i>Evaluación</i>	26
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	30
<i>Anexo 1. Folleto prevención ARBADA</i>	30

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Funciones socioculturales de la alimentación</i>	8
<i>Tabla 2. Cronograma 2020-2021</i>	21
<i>Tabla 3. Recursos humanos</i>	25
<i>Tabla 4. Presupuesto total</i>	25

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1. Folleto campaña TCA 1</i>	30
<i>Ilustración 2. Folleto campaña TCA 2</i>	31

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

Durante los últimos años los Trastornos de Conducta Alimentaria, como se desarrolla en la Guía de Práctica Clínica sobre TCA (2009), han sido sujetos de una considerable importancia sociosanitaria por su dificultad a la hora de instaurar un diagnóstico en todas sus variaciones y un tratamiento concreto. Se consideran un importante problema de salud en sociedades desarrolladas y afectan mayoritariamente a la población adolescente, se trata de patologías de etiología múltiple donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales.

Además de por la considerable problemática que caracteriza a los trastornos de la conducta alimentaria y la necesidad imperante de actuar en su prevención, hay una segunda causa que ha motivado la elaboración de este proyecto, como es la realización de las prácticas externas en la Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia (ARBADA). En dicha asociación se atiende a personas afectadas por dicha patología mediante talleres, terapias familiares y de pareja, talleres motivacionales, se resuelven cuestiones directamente vía telefónica o mediante citas presenciales y también se elaboran talleres de prevención dirigidos a adolescentes en centros educativos, de tiempo libre o asociaciones culturales. Durante mi estancia de prácticas en la asociación se me informó de la existencia de una campaña de detección y prevención de TCA elaborada por ARBADA junto al Gobierno de Aragón dirigida a centros educativos llamada: “Ahora se que hacer TCA” (folleto que aparece recogido en el Anexo 1).

Me pareció muy importante trabajar directamente la formación a profesorado ya que son agentes que están en contacto directo con los alumnos y su actuación puede suponer un cambio muy positivo en la detección precoz de futuros casos de TCA en las aulas y se debe a eso la investigación e indagación en TCA y la creación y desarrollo de este proyecto de formación dirigido a los docentes.

“Desde hace algunos años, los trastornos alimentarios constituyen un serio motivo de preocupación para las políticas públicas de salud. Gran parte de esta preocupación se relaciona con las graves consecuencias físicas y emocionales que involucra no solamente a la persona afectada, sino también a su familia (Rutzstein, 2009, p.2).”

1.2. Objeto de estudio

La realización de este proyecto está motivado por un objetivo general y tres objetivos específicos, los cuales son:

Objetivo general:

El objetivo general de este trabajo es plantear una propuesta de prevención primaria en el ámbito escolar para dotar al sector educativo de herramientas psicoeducativas nutritivas, personales y sociales necesarias para disminuir la incidencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una revisión bibliográfica de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Explorar programas de prevención primaria de TCA en el ámbito educativo ya existentes.
- Investigar sobre la educación para la salud.

1.3. Estructura

Este trabajo está estructurado en cinco grandes apartados:

El primero está formado por el marco teórico o, dicho en otras palabras, la fundamentación teórica del porqué de este proyecto.

En él, se incluye la información más relevante, en primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica de la alimentación desde una perspectiva antropológica, que explica el surgimiento de conductas psicopatológicas, de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, posteriormente se realiza una aproximación a la enfermedad donde se explican los factores pronóstico, los tipos de prevención y el tratamiento, por último, se comenta la importancia de la educación para la salud y la intervención educativa.

En el segundo apartado, se describe el diseño del proyecto de formación cuyo objetivo es formar al profesorado en Trastornos de la Conducta Alimentaria, incrementando sus conocimientos en dicha patología, formándoles en detección precoz y en factores de riesgo que fomentan el desarrollo de estos trastornos, y por último ofreciéndoles técnicas para que sepan como actuar ante un posible caso. Además, se encuentran desarrolladas las actividades que forman parte del proyecto, así como su planificación temporal, recursos y evaluación.

La tercera parte está dedicada a las conclusiones sobre la globalidad del proyecto.

Finalmente, el trabajo concluye con las referencias consultadas para la realización del Trabajo Fin de Grado y se concluye con un bloque de Anexos con documentación relevante para dicho trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Alimentación

La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social, adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Esta observación nos da pie a una primera afirmación fundamental: los alimentos no son sustancias que sirvan exclusivamente para nutrirnos, ni la alimentación es un hecho exclusivamente biológico (Contreras y Gracia, 2005).

Las sociedades atribuyen diferentes usos a la comida, y muy pocos de ellos responden únicamente a razones nutricionales (véase tabla 1). Las prácticas alimentarias, por un lado, son imprescindibles para la supervivencia física y el bienestar psíquico de las personas, pero a su vez, son cruciales para la reproducción social de las sociedades, ya que los alimentos constituyen un elemento básico en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones sociales (Contreras y Gracia, 2005).

Tabla 1

Funciones socioculturales de la alimentación

-
1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
 2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
 3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
 4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
 5. Expresar amor y cariño.
 6. Expresar individualidad.
 7. Proclamar la distintividad de un grupo.
 8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
 9. Hacer frente al estrés psicológicos o emocionales.
 10. Significar estatus social.
 11. Recompensas o castigos.
 12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
 13. Ejercer poder político y económico.
 14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
 15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
 16. Simbolizar experiencias emocionales.
 17. Manifestar piedad devoción.
 18. Representar seguridad.
 19. Expresar sentimientos morales.

20. Significar riqueza.

Nota. Fuente: Baas, Wakefield y Kolasa, 1979.

Las actitudes mostradas por parte de las personas a la comida han sido aprendidas de otros individuos que forman parte de sus redes sociales, ya sea en la familia, entre iguales o en la clase social. De hecho, la alimentación es el primer aprendizaje social del ser humano. Al compartir una misma cultura, tendemos a actuar de forma similar, por ejemplo, mediante la adquisición del gusto a través de la repetición, la cual se establece socialmente (Contreras y Gracia, 2005).

Según Macías, Gordillo, y Camacho, 2012, en la adquisición de estas prácticas socioculturales, es decir, los hábitos alimentarios, intervienen tres agentes, la familia (como anteriormente mencionan Contreras y Gracia) y añaden los medios de comunicación y la escuela. La actuación de los medios de comunicación es muy influyente en los jóvenes y se encargan de promocionar una alimentación no saludable, por el contrario, el profesorado se compromete en la trasmisión de valores y conocimientos que promuevan una alimentación saludable. De igual manera la situación económica de la familia afectara a los patrones de consumo.

Dentro de estos hábitos alimentarios, el objeto principal, la comida, presenta una ambivalencia profunda, ya que es fuente de intenso placer, pero también de sufrimiento. Un ejemplo extremo de esta ambivalencia son las conductas de autoayuno y/o atracones que acompañan a la anorexia y a la bulimia nerviosa en las sociedades industrializadas y en torno a las cuales se mezclan concepciones de género, de cuerpo y de dieta (Contreras y Gracia, 2005).

Como menciona Mintz, “hambre hay de muchos tipos” (p.237). Ayunar porque no hay alimento, como le sucede a millones de personas o en otras situaciones, dejar de comer aún habiendo alimentos disponibles. El ayuno voluntario actualmente en las sociedades industrializadas esta adquiriendo relevancia, ya que hay comida en abundancia y para algunos es incoherente rechazar una necesidad tan vital como es alimentarse. Además, el ayuno u otras prácticas alimentarias no están determinadas únicamente por la preocupación de la salud o la prevención de enfermedades, ya que algunos individuos temen engordar por abandonar un cuerpo socialmente aceptado, en vez de por el riesgo de adquirir una obesidad mórbida (Gracia, 2007).

Ese cuerpo socialmente aceptado como ideal estético corporal esta establecido por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, la mayoría de las mujeres internalizan ese deseo de belleza debido a la dependencia existente entre la autoestima y el atractivo físico, siendo el objetivo de belleza la delgadez, y tratando de alcanzar este objetivo muchas veces se genera una insatisfacción corporal debido a la diferencia entre el tamaño real del cuerpo y el ideal. Es por esto que en la actualidad se ha establecido un culto narcisista al cuerpo, fomentando el autocontrol y la disciplina en la alimentación, el cuidado estético y el ejercicio físico. Resumiendo, se cultiva la moral del Yo (Behar, 2010).

2.2. Aproximación a la enfermedad: Trastorno de la Conducta Alimentaria

Según la Guía de Práctica Clínica sobre TCA (2009) los TCA forman parte de los trastornos mentales y se caracterizan por una conducta alterada de la ingesta alimentaria o por conductas que tratan de controlar de forma obsesiva el peso. Esta perturbación acarrea en los afectados alteraciones físicas y fisiológicas, como la amenorrea o consecuencias hormonales y metabólicas, además de alteraciones psicosociales: humor depresivo, ansiedad, dificultad para concentrarse, aislamiento social. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia, aunque actualmente podemos observar una mayor frecuencia de inicios en la edad adulta. Afecta principalmente a la población femenina (por cada 9 casos de TCA en mujeres, 1 se muestra en hombres). Estos trastornos se clasifican en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otras alteraciones menos específicas denominadas: TCANE.

“Las mujeres entre los 15 y los 19 años de edad constituyen aproximadamente el 40% de los casos identificados, tanto en estudios de EE. UU como de Europa (Rutzstein, 2009, p.2).”

Como otros trastornos mentales, poseen una etiología múltiple, entre los cuales encontramos factores biológicos-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas (que se explicaran más adelante), aspectos socioculturales (modelos de familia sobreprotectora, familias desestructuradas, divorcios, antecedentes familiares de TCA o trastornos afectivos) y acontecimientos vitales potencialmente estresantes, como abusos sexuales o físicos.

Quizá una de las dificultades por aclarar cómo se relacionan los diversos factores señalados provenga de la misma construcción del concepto de TCA, traducido del término inglés *eating disorders*, los cuales reducen clínicamente lo social y psicológico a conductas, que por alejarse de los patrones alimentarios aceptables se etiquetan de desordenadas y por ello directamente de patológicas. Este planteamiento, no deja sólo al margen los motivos estructurales relativos al género y la cultura, si no que delimitan los modelos de actuación a la red asistencial (Gracia-Arnaiz, 2014).

Desde el punto de vista de los estudios de género, se han analizado distintos aspectos sociales que afectan a los modelos de consumo alimentario. Existe una perspectiva denominada “poder subjetivo” que se centra en analizar las relaciones diferenciales que hombres y mujeres mantienen con la comida y sus significados sociales, y como estos sirven para constituir sus respectivas identidades. Desde esta aproximación también se ha insistido en la relación entre comportamientos alimentarios e imagen corporal, para autoras como Orbach (1986) las mujeres están sujetas a continuas presiones sociales para limitar su ingesta alimentaria a fin de estar en consonancia con las normas exigibles al tamaño del cuerpo femenino, lo que está estrechamente relacionado con el incremento de los trastornos del comportamiento alimentario, tales como la anorexia, la bulimia e incluso la obesidad. El énfasis puesto sobre el cuerpo de las mujeres sirve para distraerlas de tal manera que no puedan alcanzar posiciones de poder en su sociedad. La “tiranía de la delgadez” mencionada por Chernin, limita el desarrollo de la mujer desde todos los puntos de vista: social, personal y físicamente (Contreras y Gracia, 2005).

Slade (1988) (citado en Ochoa de Alda, 2009, p.113) definió la imagen corporal como “el retrato que tenemos en nuestra mente, del tamaño, figura y forma de nuestro cuerpo; y los sentimientos hacia esas características y partes que lo componen”. Dentro de los TCA lo que más preocupa son las distorsiones (discrepancia entre la percepción y la creencia de la talla) e insatisfacciones corporales, disgusto con el propio cuerpo.

Las causas principales de los TCA tienen que ver con los sistemas de género que se han ido construyendo en la sociedad, la cual se define por la hegemonía del capitalismo, mediante la posición diferencial que las mujeres presentan frente a los hombres, en relación a la construcción de la identidad social y sexual, las imágenes corporales y las obligaciones y conceptos asumidos respecto a la alimentación y las formas de ayuno (Gracia-Arnaiz, 2014).

El análisis de los trastornos alimentarios ha de hacerse desde la consideración de las diferentes formas que estas mujeres practican el no comer o el hacerlo hasta no poder más. A muchas de estas mujeres les preocupa el peso o su cuerpo, como a la gran mayoría, sin embargo, no todas padecen trastornos del comportamiento alimentario, no para todas las mujeres el cuerpo es su cárcel. El contexto cultural genera presiones de gran intensidad para todas, aunque sólo una parte acaban desarrollando conductas definidas clínicamente como psicopatológicas (Gracia-Arnaiz, 2014).

Muchos factores como antecedentes familiares o la genética se pueden considerar factores predisponentes ya que están presentes con anterioridad al desarrollo del TCA. Pero estos trastornos suelen desencadenarse por factores precipitantes, es decir, situaciones vitales estresantes: separación, pérdidas, experiencias sexuales traumáticas, divorcio de los padres, ... Esta situación evoluciona desde una dieta normal hasta la asunción del trastorno que se cronifica bajo la influencia de los factores de mantenimiento como el aislamiento social, la desnutrición, las conductas purgativas, la actividad física excesiva, etc. (Ochoa de Alda, 2009).

Durante el XI Congreso de Asociaciones AEETCA, en la ponencia del psiquiatra de adultos de la unidad de TCA del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, Daniel Pérez defendió que todos los trastornos de la conducta alimentaria van asociados a otras patologías, en primer lugar, puede ser con la depresión, en segundo lugar, con el Trastorno Límite de la Personalidad, en tercer lugar, como he mencionado anteriormente con un trauma y por último con la alexitimia. Según Nemiah (1977) (citado en Ochoa de Alda, 2009) la alexitimia es la dificultad para expresar sentimientos con palabras y la ausencia de fantasías para expresar sentimientos. Lo plantea como un trastorno perceptual-cognitivo y afectivo. En los pacientes con TCA es muy común que no distingan el estado emocional, que no sepan atribuir a que se debe, centrándose más en la comida o en conductas purgativas que en lo que les rodea.

Los problemas alimentarios no son únicamente un problema de imagen corporal causado por el culto a la belleza en las sociedades occidentales, están involucrados muchos más aspectos, como por ejemplo tener dificultades para entender o procesar lo que nos sucede a nivel emocional o tener una baja autoestima, que puede ser a nivel cognitivo, es decir, valoración que hacemos de

nosotros mismos o a nivel emocional, el aprecio o amor que sentimos hacia nosotros mismos (Ochoa de Alda, 2009)

En el mundo occidental sufre anorexia entre un 0,1-1% de la población, aumentando este porcentaje hasta un 1-2% en el caso de las mujeres comprendidas entre los 10 y 30 años de edad, situándose la edad de inicio entre los 13 y 18 años. La trayectoria progresiva de desnutrición que se presenta en las pacientes con AN puede desembocar en la muerte (18%) y lo que es aún más trágico, en el suicidio (3%). (Sobremonte, 2001).

Según el DSM-IV American Psychiatric Association, 1994 (recuperado de Saldaña, 2001), la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno que se caracteriza por pérdida de peso, la cual va acompañada de miedo a la ganancia de peso a pesar de tener infrapeso grave, amenorrea y alteración de la imagen corporal, la persona afectada solamente se auto valora en función de su peso y su figura. El DSM-IV describe dos subtipos de AN: 1) AN restrictiva, que reúne a aquellos sujetos que durante el episodio de anorexia no realizan atracones ni conductas compensatorias; y 2) AN compulsivo / purgativo en el que durante el episodio de anorexia el afectado realiza atracones y/o emplea conductas purgativas (vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, etc.).

Durante las comidas la cantidad de comida rechazada por una afectada por anorexia es superior a la ingerida, aunque ella no aceptará esta observación y para habrá sido una comida muy copiosa (Maganto, 2011).

La definición y diagnóstico de la BN, según el DSM-IV (APA, 1994) (recuperado de Saldaña, 2001), implica la presencia de tres características principales. La primera hace referencia a la presencia de episodios recurrentes de atracones. Un atracón consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimentos durante un período corto de tiempo (por ejemplo 2 horas). Además, durante el atracón se experimenta sensación de pérdida de control sobre la ingesta. La segunda característica supone la ejecución de conductas compensatorias (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio físico exagerado) realizadas para prevenir la ganancia de peso. El criterio diagnóstico de BN implica al menos 2 atracones semanales durante los 3 últimos meses. Finalmente, la tercera característica hace referencia a la excesiva preocupación por el peso y la figura; la afectada se juzga casi exclusivamente en función de su peso y su figura.

Sin embargo, al contrario que en la anorexia, en la bulimia se tiene mayor conciencia de enfermedad y, aunque los síntomas se intentan mantener ocultos por vergüenza y se niegan a ser tratadas, en el fondo piensan que sus conductas no son normales. Vomitar está socialmente peor visto que no comer y tiene connotaciones de falta de control que son inaceptables para el entorno (Maganto, 2011).

El trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), son trastornos atípicos que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria. La gran mayoría de los jóvenes que padecen estas alteraciones no cumplen todos los criterios diagnósticos. La pérdida de peso, uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, no tiene porque presentarse en

los jóvenes con esta patología en la intensidad que se establece en el DSM-IV, ya que el peso puede encontrarse en un peso normal, con relación a la altura, mediante el calculo del IMC (Serra, 2015).

2.3. Factores pronóstico

Dentro de los TCA podemos encontrara características o afecciones que pueden favorecer la probabilidad de recuperación (factores de buen pronóstico) o por el contrario, factores que provoquen una recaída en la enfermedad (factores de mal pronóstico), según se establece en la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009):

- Dentro de la anorexia nerviosa son factores de buen pronóstico: rasgos de personalidad histriónica y que el inicio de la anorexia nerviosa se produzca en la etapa adulta. Por el contrario, son factores de mal pronóstico: la comorbilidad, es decir: presencia de varios trastornos psiquiátricos en una persona (como pueden ser: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o abuso de sustancias, junto a una), la presencia de vómitos autoinducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y prolongación de la enfermedad en el tiempo.
- Respecto a la bulimia nerviosa, contra antes se establezca el tratamiento, mejor pronóstico. Correlaciona con el buen pronóstico el comienzo de la enfermedad en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta. Los factores que influyen más en la recaída de la bulimia nerviosa son la comorbilidad con TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo), la presencia de conflictos en edad temprana, un mal funcionamiento psicosocial y una gran alteración de la imagen corporal. Además, los antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes predicen intentos de suicidio.

Muchos autores coinciden en el alto número de recaídas que presentan las pacientes con TCA tras el alta. El estudio de Field, Distinguir la recuperación de la remisión en una cohorte de mujeres bulímicas: ¿cómo deben describirse los períodos asintomáticos? Recuperado de Madueño, 2003 llama recaída en bulimia nerviosa cuando “después de un periodo de recuperación total aparece durante 4 semanas consecutivas ciclos de atracón-vómito con una frecuencia superior a dos semanales, con estos criterios las tasas de recaídas en la bulimia se elevaban a un 63%.” (p.161).

2.4. Prevención

Según se recoge en *Bulimia y Anorexia: Guía para familias* (Ruiz, 2001) ¿es posible evitar que lleguen a producirse los trastornos de la conducta alimentaria?

La prevención primaria, tiene como objetivo reducir la incidencia de los TCA, es decir, la obligación de establecer medidas muy tempranas y los programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenirlos. Una educación temprana en aspectos positivos: alimentos sanos, ejercicio físico, dieta y en aspectos negativos: anorexia, bulimia y obesidad, pueden reducir la futura aparición de estas patologías.

Un programa de prevención primaria completo ha de abordar la sensibilización e información de los sujetos con riesgos y de sus familias en primer lugar, y en segundo de la población en general; modificar las conductas iniciales de la enfermedad (como dietas sin motivo justificado). Las actividades orientadas a la prevención han de tener en cuenta las causas del problema y se deben mantener en el tiempo, ya que los beneficios obtenidos a raíz de la instauración de un programa de prevención serán visibles y se podrán evaluar mejor a largo plazo.

En el estudio *Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria* de Ruiz, 2001, se trata la importancia de actuar con la población infanto juvenil, ya que la mayoría de los casos ocurren en ese grupo de edad. A los adolescentes se les debe enseñar a trabajar su autoestima, entrenarles en la comunicación interpersonal para el control del estrés y la elaboración de un juicio crítico ante los modelos culturales y mensajes negativos de los medios de comunicación. Se trata de enseñarles a aceptar el amplio rango de siluetas corporales, guiarles en el desarrollo de intereses con objetivo de éxito sin basarse en su imagen corporal/físico, enseñarles lo que es la verdadera alimentación saludable resaltando el hecho de no saltarse comidas y realizar al menos alguna comida diaria junto a la familia, recordar los efectos negativos de las dietas restrictivas y el ejercicio desmesurado, enseñarles herramientas de asertividad para resistir las bromas sobre su imagen corporal y la presión de los iguales para ponerse a dieta, educar sobre el desarrollo corporal y la afectividad-sexualidad para evitar ansiedades durante la crisis de la adolescencia.

Y también el trabajo con la familia, sobre la sobreprotección, afectividad y comunicación. Además, se les debe instruir para evitar conductas de riesgo: evitar el establecimiento de normas rígidas en torno a la alimentación y favorecer la realización de comidas en común (al menos una al día), ya que es muy importante la comunicación intrafamiliar

La prevención secundaria, se fundamenta en la reducción de la prevalencia, que depende de la incidencia y de la duración media de la enfermedad. Los programas de prevención secundaria deben atender: el tratamiento precoz, la prevención de recaídas y los dispositivos asistenciales eficaces.

La prevención terciaria esta destinada a evitar las secuelas, los síntomas y complicaciones más graves, a la rehabilitación de las pacientes crónicas con evolución tórpida, importante afectación relacional, familiar. Hay que destacar aquí el papel de las Unidades específicas, Centros

y Hospitales de Día y el de las Asociaciones de Familiares como lo es ARBADA en Aragón (Ruiz, 2001). “Las asociaciones de afectados y familiares desempeñan un papel importante, ya que son un primer punto de contacto y asesoramiento, y ofrecen en algunos casos servicios complementarios no cubiertos por el servicio público” (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza y Pellicer, 2006, p.10)

En la prevención terciaria ya se habla del tratamiento específico de la enfermedad ya diagnosticada. En este caso se han investigado psicoterapias sistémicas, cognitivo-conductuales y psicoanalíticas, entre otras. En cualquier caso, los objetivos de la terapia apuntan a que el paciente alcance una experiencia positiva de uno mismo y de su cuerpo (Losada y Lupis, 2018).

Como se recoge en el periódico Aragón hoy, 2020: el Gobierno de Aragón, a través del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, y ARBADA han creado una campaña de detección y prevención de TCA en centros educativos “Ahora se que hacer TCA” (a día 7 de mayo de 2019), folleto que aparece recogido en el Anexo 1, esta campaña tiene como objetivo proporcionar información a los centros educativos y AMPAS para favorecer la detección temprana de TCA, su rápida comunicación y derivación a especialistas en el menor tiempo posible, estableciendo unos protocolos de actuación para facilitar la intervención de los educadores. Además, el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales y ARBADA continúan impartiendo talleres de prevención, dentro de la campaña “Educar para un Consumo Responsable” y talleres sobre los trastornos de la conducta alimentaria y el consumo saludable, con la que se tiene previsto llegar a 2.521 alumnos a través de 67 talleres.

Los principales espacios para desarrollar estas estrategias de prevención son el ámbito educativo, la familia, los medios de comunicación y la Atención Primaria. Es por eso necesario fomentar la educación no formal en la escuela a través de asignaturas como educación para la salud, desarrollo de habilidades sociales y fomento de la autoestima, nombrando como principales objetivos educativos el desarrollo integral del ser humano y el fomento de una ciudadanía activa y crítica.

También hay que considerar la formación del profesorado, la realización de talleres por parte de otros agentes sociales y la implicación de las familias en la prevención. A los medios de comunicación se les pide el seguimiento de códigos éticos en la publicidad. Y en el espacio más destacado de la detección precoz, la Atención Primaria, se demanda una mayor formación y sensibilización de sus profesionales, así como la realización de labores de prevención fuera de los Centros de Salud, considerándose la figura del orientador escolar y del mediador de salud como un posible enlace en el desarrollo de programas de cooperación entre diferentes ámbitos institucionales, sanidad-educación (March et al, 2006)

2.5. Tratamiento

Teniendo en cuenta la complejidad de acción en estos trastornos, para el tratamiento de estos se requieren unidades especializadas, conformadas por equipos interdisciplinarios, que trabajan tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. “La interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial es definida por Tizón como el trabajo en equipo de personas y papeles pertenecientes a diversas profesiones y formaciones académicas que realizan un trabajo conjunto con los roles y funciones tradicionales de cada uno: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social...” (Recuperado de Garcés, 2010, p.339).

La mayoría de los tratamientos informan a los padres acerca de estrategias para controlar conductas patológicas e identifican el proceso terapéutico que deben llevar los pacientes para mejorar su estado de salud físico. Nadie les explica las razones por las que surge el trastorno o el significado profundo de la anorexia o bulimia. Temporalmente los familiares se tranquilizan al ver cómo su hija coge el peso necesario para encontrarse en un peso normal según el cálculo del IMC, o si sufren de bulimia logran abandonar la conducta purgativa, pero esta realidad es engañosa y comprueban que cuando termina el control directo, las conductas patológicas reaparecen (Calvo, 2002).

El auténtico tratamiento exige, además de los cuidados de la paciente, prestar atención al mensaje que subyace bajo el trastorno. Requiere entender que la anorexia o la bulimia han sido la única forma en que las pacientes han sabido enfrentarse a la vida. Se trata de que las afectadas sepan admitir su cuerpo como propio sin tener en cuenta su tamaño y figura, que aprendan a valorar a las personas más allá de su apariencia física. Cuando las pacientes perciban la realidad de su existencia física, les será posible dejar atrás el control del cuerpo y asumir su propia sabiduría. Sólo así podrán saber que con sus trastornos trataban de dar respuesta a un hambre que no era únicamente física sino también emocional, relacional y espiritual (Calvo, 2002).

La intervención del trabajador social puede darse en diferentes instancias de evaluación y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, incluyendo el régimen ambulatorio, hospitalario y Hospital de Día enfocando el trabajo en los diferentes niveles de Intervención: Individual, Familiar, Grupal y Comunitario. (Garcés, 2001).

Las terapias específicas más eficaces son las de exposición con prevención de respuesta y la terapia cognitivo-conductual. La primera consiste en exponer a las pacientes a estímulos que normalmente les llevarían a darse atracones o a producirse el vómito y evitar esa respuesta. La TCC les ayuda a modificar su distorsión de su imagen corporal y se modifica su sistema erróneo de creencias basado en la búsqueda del cuerpo ideal promocionado por las campañas publicitarias. Estas terapias se utilizan a nivel ambulatorio, hospitalario y como tratamiento preventivo (Borrego, 2000). “El primer tratamiento cognitivo-conductual que empezó a ofrecer resultados en pacientes afectadas por bulimia nerviosa fue el propuesto por Fairburn (1985), teniendo como objetivos: reducir los atracones, las conductas purgativas y el uso de laxantes, modificar las tendencias a hacer dietas extremas y cambiar las actitudes hacia el peso y figura, además de

disminuir otros síntomas como: depresión, baja autoestima y deterioro del funcionamiento social” (Celis y Roca, 2011).

En los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la valoración de la familia es una parte imprescindible en el proceso diagnóstico, sobre todo cuando se trata de pacientes adolescentes. Ya que esta evaluación está destinada a valorar los posibles factores familiares que han podido favorecer el origen del trastorno, la repercusión del trastorno sobre la vida familiar, los hábitos alimentarios y los modelos de comunicación familiar, la vivencia de la enfermedad por parte del resto de los miembros de la familia, etc. (Garcés, 2001)

2.6. Educación para la salud e intervención educativa

La salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” como se recoge en la constitución de la OMS de 1948 (OMS, 1998, p.10). Esta definición es clave, ya que se define la salud más allá de una afección o enfermedad física, extendiéndose al bienestar psicológico y social, esto incluye fomentar el bienestar mental mediante la prevención de trastornos mentales. Y con relación al bienestar social, se promueve la calidad de vida del individuo dentro de la sociedad.

Según el glosario de términos publicado en 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, p.13) “La educación para la salud (EpS) aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.” La información impartida en la educación para la salud no sólo se refiere a condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo.

La principal finalidad de la educación para la salud no es evitar las enfermedades, sino promover estilos de vida saludable, fomentando en el individuo la participación y la gestión de su propia salud, siempre desde un sentido de ayuda. Esos estilos de vida saludable están insertos en un contexto social, por eso las estrategias educativas y los cambios fomentados desde la EpS deberán dirigirse al contexto donde se desarrollan. No se puede producir un cambio de conducta si no se promueven cambios en el ambiente. (Perea, 2002).

Llevar a cabo un proyecto de prevención en TCA desde el ámbito educativo esta fundamentado ya que la escuela, la familia y el grupo de pares son los principales agentes de socialización en la adolescencia. Es por eso muy importante que la formación en educación para la salud se realice de forma individual y colectiva, con todo el equipo docente, para que así sean ellos posteriormente los encargados de informar a los alumnos y a sus familias. Es en este momento cuando el profesorado gracias a la formación se convertirá en un agente preventivo.

Una detección precoz y un abordaje terapéutico adecuado por los distintos profesionales inmersos en el proceso educativo puede ser un punto de inflexión en la prevalencia de estas patologías en el aula. Si se aporta a los docentes y equipos de orientación una formación básica de calidad, los medios adecuados y un correcto flujo comunicativo entre la escuela, la sanidad, la familia, se podría eliminar la curva de tendencia positiva con respecto a la aparición y mantenimiento de alumnos con trastorno del comportamiento alimentario (Rabadán y Giménez, 2012).

Desde la intervención terapéutica en el aula, interpretamos como Moreno (2001) (citado en Rabadán y Giménez, 2012, p.202) que “la intuición personal, la experiencia y los conocimientos adquiridos, otorgan al profesional de la educación lo que podríamos denominar capacidad de base para percibir más allá que algunos de sus alumnos tienen dificultades que no pueden ser solventadas sin ayuda específica.”

Es clave la observación diagnóstica mediante un protocolo de observación por parte del docente y del resto de profesionales implicados, para una futura intervención que trate de eliminar conductas desajustadas o reducirlas. Mardomingo (2004) (citado en Rabadán y Giménez, 2012, p.207) “el papel de los profesores y de los orientadores de los colegios y centros educativos es fundamental para la detección precoz y el diagnóstico”. El acercamiento multidisciplinar a esta problemática es una pieza clave no sólo detectar estos casos entre los estudiantes, sino para asegurar la derivación a profesionales especializados de forma temprana (Rabadán y Giménez, 2012).

3. DISEÑO PROYECTO DE FORMACIÓN

3.1 Delimitación territorial

El siguiente proyecto de formación se va a realizar en el contexto del IES Pablo Gargallo, centro docente de titularidad pública en el cual se imparten enseñanzas correspondientes a Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Bachillerato y Ciclos de Formación Profesional Básica (FPB). Este centro se localiza en el barrio de San José, Zaragoza y ha sido elegido porque actualmente se está realizando el Prácticum de Investigación “Recursos del barrio San José para un estilo de vida saludable” y durante una de las entrevistas que llevamos a cabo, el profesorado nos comentó la falta de formación en este centro en TCA y la importancia de esta patología, lo que impulsó a la creación, desarrollo y dirección de este programa de formación en dicho centro educativo.

3.2 Objetivo general y específicos

El objetivo general del proyecto de formación es ayudar y formar al profesorado para poseer conocimiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ofreciendo técnicas para la prevención de éstos, así como para la iniciación de actividades en el centro escolar con la finalidad de conseguir dicho objetivo.

Los objetivos específicos son:

- Ofrecer información adecuada y contrastada sobre los TCA.
- Conocer e informar de cuáles son los factores de riesgo que pueden desarrollar un TCA.
- Identificar las características generales de una persona con TCA.
- Facilitar la detección precoz de los TCA.
- Facilitar las claves para una correcta intervención ante un posible caso de TCA.
- Informar sobre estilos de vida saludable.
- Fomentar una alimentación saludable a partir de información nutricional de calidad.

3.3 Temporalización

El proyecto se realizará en una totalidad de dos meses escolares en el año 2020-2021. La elección de dichos meses quedará a propia elección del centro y de su equipo directivo, ofreciendo desde el proyecto que los meses escogidos para la correcta realización serían septiembre y octubre; con el objetivo de que todos los conocimientos, así como los protocolos de actuación, puedan activarse desde principio de curso. Intentando de esta manera que ningún alumno esté desamparado pasado el primer trimestre.

El proyecto está pensado para ser realizado mediante 8 sesiones en total, impartidas cada lunes (a excepción de puentes y festivos, que pasarían a desarrollarse los miércoles).

El horario será acorde con lo que desde el proyecto se determine con el equipo directivo por si hubiese algún problema. En el caso de no haberlo, se desarrollaría de 17:00h a 20:00h. Tres horas irrumpidas por 10 minutos de descanso.

Una vez fijado todo lo anterior, se deberán cumplir las 24 horas de formación de este proyecto para superarlo con éxito y para que éste sea útil.

Tabla 2

Cronograma: Curso 2020-2021

17.00	Lunes 7 septiembre	Lunes 14 septiembre
20:00	Presentación: Evaluación Pre-Proyecto	Introducción teórica TCA
17.00	Lunes 21 septiembre	Lunes 28 septiembre
20:00	Pautas detección precoz	Pautas para la intervención
17.00	Lunes 5 octubre	Lunes 12 octubre
20:00	Factores de riesgo Dinámica Autoestima	Dinámica crítica ante la publicidad
17.00	Lunes 19 octubre	Lunes 26 octubre
20:00	Nutrición sana	Evaluación final. Debate

Nota. Elaboración propia, 2020.

3.4 Metodología

Este proyecto de formación tiene carácter presencial porque se apuesta por una educación práctica y con obligatoriedad de realización por todo el claustro docente, fomentando así que una forma de trabajo activo-participativa. El proyecto constará del desarrollo de varias metodologías enfocadas al aprendizaje y adquisición de conocimientos a un nivel alto, a la altura de la importancia del tema tratado.

Se apostará por:

- El aprendizaje clásico: dónde el profesorado recibirá clases magistrales del tema, tratando de ser una transmisión de conocimientos de calidad y fomentando que los docentes sean capaces de atender a las indicaciones que se le dan para su posterior aplicación.
- Aprendizaje basado por proyectos: buscando que el nivel de implicación de los docentes sea alto, haciéndoles así conocedores del problema real, partiendo de él y siendo ellos mismos los que, con toda la información y protocolos que se les ofrezcan, sea el propio centro, a partir del trabajo cooperativo los que encuentren la mejor manera de enfocar y adaptar este proyecto en el centro. Con esta metodología lo que se pretende conseguir es que ellos formen parte del desarrollo de su pensamiento crítico sobre la patología y sean capaces de cooperar, comunicarse y colaborar en la búsqueda de una solución común. Se aplicará de manera práctica a partir de posibles casos reales que serán solucionados por ellos mismos.
- Una de las metodologías más innovadoras con las que cuenta el proyecto es *flipped classroom*, también conocido como aula invertida. Apostando por la ciencia de la tecnología y la información, dónde pretendemos que los docentes sean capaces de buscar información, artículos de relevancia, documentales... contenidos que complementen a todo lo que desde el proyecto se intente hacer de manera presencial. Supone una responsabilidad individual que se intentará pautar en cada sesión a través de recomendaciones de los profesionales que la impartan.

Será importante que el profesorado se implique en su totalidad en el proyecto ya que se espera que en la formación se busquen las claves de este trastorno y la detección de este. El claustro, aparte de superar esta formación tiene un papel fundamental en esta cadena de aprendizaje, pues después serán ellos los que se encarguen de transmitir dicho conocimiento tanto a alumnos como a sus familias. Además se les formará en el trabajo en equipo, ya que los TCA son trastornos multifactoriales, implican una intervención multidisciplinar e intervendrán profesiones de distintas ramas, por eso se les comentará que es esencial que compartan sus conocimientos para una evolución favorable, en posibles derivaciones.

Las sesiones que se van a llevar a cabo van a ser impartidas por un trabajador social especializado en salud mental, que trabaja directamente con personas afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dicho trabajador social va a tener un papel de guía y mediador en la formación.

3.5 Sesiones

Las sesiones con las cuales contará el programa serán las siguientes:

1. Sesión lunes 7 de septiembre.

Presentación: Evaluación Pre-Proyecto.

Presentación del programa y del trabajador social que lo va a impartir. Evaluación previa a la realización de la formación mediante un cuestionario para conocer el nivel de formación previo y comentar en la siguiente sesión las posibles dudas. Debate grupal sobre que objetivos se plantean los profesores alcanzar en esta formación, para evaluar en la última sesión si los han alcanzado, mediante una actividad en la cual tendrán que escribir lo que saben sobre los TCA, lo que quieren aprender y en la última sesión completarán el apartado “que hemos aprendido”.

2. Sesión lunes 14 de septiembre.

Introducción teórica TCA.

Introducción general mediante presentación PowerPoint de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, específicamente de la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). En la segunda hora se preguntará a los profesores cuales creen que son las características de una persona afectada por TCA según la teoría que se les ha impartido y posteriormente se debatirá en grupo.

3. Sesión lunes 21 de septiembre.

Pautas detección precoz.

Exposición de posibles conductas que se pueden presentar en el instituto según el trastorno que posibiliten al profesorado detectar precozmente un posible TCA.

Actividad en pequeños grupos: Análisis de casos planteados por parte de los profesores: identificar sintomatología TCA y observar conductas visibles en el aula.

4. Sesión lunes 28 de septiembre.

Pautas para intervenir.

Como en la sesión anterior se les explicó como detectar conductas de riesgo, en esta sesión se les formará a la hora de actuar con el alumno y posteriormente como actuar con la familia, informándoles sobre asociaciones de familiares de afectados por TCA y sobre las unidades especializadas, como llegar a ellas a través de el médico de familia.

Durante la primera hora se realizará la explicación teórica y en la segunda hora realizarán actividades de role playing, mediante las cuales se pondrán en el lugar del alumno posiblemente afectado por un TCA.

5. Sesión lunes 5 de octubre.

Factores de riesgo. Dinámica Autoestima.

Durante la primera hora de la sesión se explicarán los diferentes factores de riesgo para desarrollar un TCA y sobre como afectan las redes sociales en estas patologías (páginas pro-Ana y pro-Mía).

A continuación, el trabajador social proporcionará dinámicas al profesorado que posteriormente pueden llevar a cabo con sus alumnos.

En esta sesión se llevará a cabo una dinámica mediante la cual se fomentará la autoestima y la valoración de uno mismo más allá del cuerpo.

6. Sesión lunes 12 de octubre.

Dinámica crítica ante la publicidad.

En esta sesión se expondrán dinámicas que fomentarán la actitud crítica frente a la publicidad presente en televisiones, revistas y redes sociales. Su objetivo es fomentar la aceptación de la propia imagen corporal sin ser influidos por anuncios que exaltan la delgadez extrema o están retocados mediante Photoshop.

7. Sesión lunes 19 de octubre.

Nutrición sana.

Durante esta sesión el trabajador social contará con la ayuda de un experto en nutrición que explicará al profesorado las pautas que deben dar a sus alumnos para fomentar una alimentación saludable y equilibrada, desmintiendo algunos mitos sobre la alimentación, mediante una actividad grupal en la cual se asignará un mito a cada grupo, también se discutirán los hábitos de vida saludable en los adolescentes.

8. Sesión lunes 26 de octubre.

Evaluación final. Debate.

En esta última sesión se comenzará hablando sobre lo que se planteo en la sesión del lunes 7 de septiembre, respecto a los conocimientos previos que poseían y lo que querían aprender. Se centrarán en hablar sobre lo que han aprendido durante este mes de formación primero de forma individual y finalmente lo compartirán de forma grupal.

3.6 Recursos humanos y materiales

El proyecto contará con la ayuda de profesionales, los cuales se encargarán de guiar el curso:

- Un trabajador social especializado en salud mental que trabaja directamente con personas afectadas por Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Un trabajador social que adquiere el rol de guía y mediador en la formación.
- Maestros y orientadores que han formado parte en casos con afectados por TCA, que serán los responsables de enseñar el camino en la detección del trastorno o en el

acompañamiento posterior que se ha de hacer de manera exhaustiva con el alumno y con la familia.

- Un psicólogo.
- Un nutricionista que aportará las claves de los correctos hábitos y nutrición saludable que se podrán aplicar en el centro.

Con relación a los recursos materiales, el proyecto se realizará en espacios propios del IES Pablo Gargallo, además se hará uso de la sala de reprografía para la impresión de fichas necesarias y de los proyectores para las presentaciones PowerPoint, se contará con un gasto de 100 euros destinado al material necesario para la realización de las actividades.

Para llevar a cabo el proyecto se solicitará una subvención al Ayuntamiento de Zaragoza.

Tabla 3

Recursos humanos

Recursos humanos	Cantidad	Jornada	Precio	Total
Trabajador/a Social	1	Completa	1.781€	1.781€
Nutricionista	1	3 horas	70€	70€
Psicólogo/a	1	Completa	1.781€	1.781€
				3.632€

Nota. Elaboración propia, 2020.

Tabla 4

Presupuesto total

Recursos Humanos	3.632€
Recursos Materiales	100€
Total (Mensual) (salario, material actividades...)	3.732€
Imprevisto: 5%	186,6€
Total Mensual (Final)	3,918,6€

Nota. Elaboración propia, 2020.

3.7 Evaluación

Se realizará una evaluación previa durante la primera sesión en la cual los profesores establecerán que conocimientos poseían sobre TCA, que quieren aprender durante este programa de formación y la última cuestión se comentará al finalizar el proyecto, que es lo que han aprendido durante estas sesiones. También se les preguntará acerca de la metodología utilizada, si creen que ha sido la correcta, y si el contenido del programa ha conseguido aumentar sus conocimientos en dicha patología.

Además, al finalizar cada actividad o sesión se analizará la eficacia, si se han alcanzado los objetivos planteados, se preguntará al profesorado como se han sentido o si tienen alguna duda.

El trabajador social por su parte analizará la participación del profesorado y las limitaciones/fortalezas que se le hayan podido presentar durante su realización.

4. CONCLUSIONES

Durante la realización de este trabajo, se han estudiado tres tipos de trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TCANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado), alteración menos específica, ya que no se cumplen los criterios para uno u otro diagnóstico, pero de igual gravedad. Tras la investigación de sus características, incidencia y tratamiento, se han alcanzado las siguientes conclusiones:

- En la actualidad se ha establecido el culto al cuerpo, fomentando el autocontrol y la disciplina en la alimentación con la idea de lograr un ideal estético corporal establecido por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, siendo el objetivo de belleza la delgadez. Tratando de alcanzar este objetivo, muchas veces se genera una insatisfacción corporal debido a la diferencia entre el tamaño real del cuerpo y el ideal.
- Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009) estos trastornos afectan principalmente a la población femenina, por cada nueve casos de TCA en mujeres, uno se muestra en hombres.
- El 40% de los casos identificados de personas afectadas por TCA en estudios tanto de EE. UU como de Europa, son mujeres que se encuentran entre los 15 y los 19 años (Rutzstein, 2009)
- La duración habitual de la anorexia nerviosa es de más de cinco años y la enfermedad se cronifica en un 25% de los casos. Salvo la esquizofrenia, ninguna otra enfermedad psiquiátrica deja tantas secuelas a largo plazo (Garcés, 2001).
- Los TCA tienen factores de riesgo multifactoriales: factores genéticos, socioculturales, familiares y psicológicos, es por ese motivo que surge la necesidad de implantar medidas preventivas que utilicen una metodología interactiva y multidisciplinar para controlar este tipo de problemas (Maganto, 2011).
- Los TCA acarrear consecuencias físicas, psicológicas y sociales, y pueden presentarse a nivel individual, familiar y social.
- La educación para la Salud debe ser un objetivo principal en las instituciones educativas, así como el fomento y desarrollo de otras competencias como son: la autoestima, la confianza en uno mismo, el desarrollo de pensamiento crítico ante el canon de belleza establecido por los medios de comunicación.
- La detección precoz y prevención de los TCA desde el ámbito educativo es de vital importancia en la prevalencia de estas patologías.
- El proyecto de formación al profesorado como un proyecto de mayor eficacia frente a la realización de charlas puntuales o aisladas.
- La participación de toda la comunidad educativa, incluidos padres y alumnos en la prevención de los TCA, mediante formación y asesoramiento, es de vital importancia.

5. REFERENCIAS

Aragón hoy. (2019) Nueva campaña de detección y prevención de trastornos de conducta alimentaria en centros educativos. Recuperado de:

<http://aragonhoy.aragon.es/index.php/mod.noticias/mem.detalle/id.243151>

Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.

Borrego Hernando, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.

Calvo, R. (2002) *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Editorial Planeta. Barcelona, España.

Celis, A. y Roca, E. (2011) *Terapia Cognitivo-Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión transdiagnóstica*. *Acción psicológica*, 8(1), 21-23. Recuperado de:

<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2011-numero1-0002/Documento.pdf>

Contreras, J. y Gracia, M. (2005) *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Editorial Ariel. Barcelona, España.

Garcés, E.M. (2001). Trabajo social en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trabajo social y salud*, (40), 171-195.

Garcés, E.M. (2010) El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.

Gracia, M. (2007) Comer ben, comer mal. La medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública de México*, 49(3), 236-242.

Gracia, M. (2014) Comer o no comer ¿Es esa la cuestión?: Una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*, 51(1), 73-94. Recuperado de:

<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/42486/42444>

Losada, A.V. y Lupis, B.L. (2018). Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*, (30), 26-43.

Macias, A. I., Gordillo, L. G., y Camacho, E. J. (2012) Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de nutrición*, 39(3), 40-43. Recuperado de:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>

Madueño, F.J.T. (2003). Pronóstico de los TCA. Anorexia y Bulimia: Una Experiencia Clínica, 159-165.

Maganto, C. (2011). Factores de Riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. Recuperado de: <http://www.cop.es/infocop/pdf/1924.pdf>

March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona, España.

Ochoa de Alda, I. (2009) La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza de jóvenes con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista de estudios de juventud*, (84), 106-121.

Organización Mundial de la Salud (1998) Promoción de la salud: glosario. Ginebra. Recuperado de: [WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf](#)

Perea, R. (2002). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-F118F1B1-20B0-6C6D-8F91-9988F26282B4/Documento.pdf>

Rabadán, J. y Giménez, A. (2012) Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1*, 15(2), 185-212.

Ruiz, P.J. (2001) Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención primaria*, 27(6), 428-431.

Ruiz, P.M. (2001) Bulimia y Anorexia: Guía para familias. Libros certeza, Zaragoza, España.

Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Guillermina_Rutzstein/publication/231814613_Teoria_y_terapia_cognitivoconductual_de_los_trastornos_alimentarios/links/5559ed9808ae6943a877c474.pdf

Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392. Recuperado de: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART11177/tratamientos_psic_eficaces_trastornos.pdf

Serra, M. (2015). Los trastornos de la conducta alimentaria. Quiero saber. Editorial UOC. Barcelona.

Sobremonte de Mendicuti, E. (2001). La anorexia nerviosa como "síntoma social". *Trabajo social y salud*, (40), 143-170.

6. ANEXOS

Anexo 1. Folleto prevención ARBADA

Ilustración 1

Folleto campaña TCA 1

INDICADORES

- ☐ Relaciones sociales pasajeras
- ☐ Tendencia aislamiento social
- ☐ Preocupación excesiva imagen corporal y estética
- ☐ Actitud negativa sobre sí misma/o
- ☐ Disminución rendimiento escolar
- ☐ Angustia exagerada por exámenes y notas
- ☐ Esconder/tirar/no traer almuerzo de forma sistemática
- ☐ Pérdida peso significativa
- ☐ Realizar actividad física de forma desajustada
- ☐ Evitar salidas escolares (con comidas grupales)

(para actuar, marca mínimo 3)

Sí miramos con sensibilidad, los indicadores nos aportan información en su conjunto

La clave : EL SENTIDO COMÚN

NO ES UNA "COSA" DE CHICAS PARA LLAMAR LA ATENCIÓN

SON JÓVENES CON UNA VISIÓN DISTORSIONADA DE LA REALIDAD

El 6% de nuestros jóvenes tiene TCA
Es la enfermedad mental con mayor índice de mortalidad
Tiempo medio de superación del trastorno entre 4-5 años

El 65% de los jóvenes se muestra INSATISFECHO con su imagen corporal

El 11% realizan conductas de RIESGO

¿Qué tengo que mirar? ¿Qué puedo hacer?

PREVENCIÓN. DETECCIÓN. INTERVENCIÓN.



TRASTORNO CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

LA PREVENCIÓN ES EL CAMINO

WWW.ARBADA.ORG



Nota. Recuperado de: Aragón hoy, 2019.

Ilustración 2

Folleto Campaña TCA 2

PASOS DOCENTE

- 1.-Observar, escuchar y actuar:
 - a.-Informar tutor, orientación y familia
 - b.-Derivar y seguimiento
- 2.-Acompañar familia sin olvidar hermanos/as y grupo amigas/os (muchas veces perdidos)
- 3.-Adaptar procesos de evaluación (si fuera necesario)

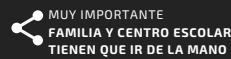
3PILARES

- 1.-Formar profesores, padres y alumnos es la base para la prevención
- 2.-Establecer protocolos facilita la intervención
- 3.-Desarrollar programas de ayuda entre iguales (mediación, ayudantes, mentores...) fomenta la participación y escucha activa

DERIVACIONES

Pediatra/médico cabecera
ARBADA
UTCA H. Clínico (< 18 años)
UTCA H. Provincial (> 18 años)

Para dar el primer paso llamad
al 976 38 95 75 ¡Os esperamos!



La detección temprana del trastorno reduce su prevalencia enormemente

En la era de los LIKES la imagen corporal y la autoestima están más presentes que nunca

El 43% de los jóvenes aragoneses se plantea hacer dieta al no encontrar ropa de su talla

Cuando hay información y acompañamiento hay esperanza

TCA es un trastorno multifactorial que implica una intervención multidisciplinar

Ante la duda, ¡descuelga el teléfono y PREGUNTA!



YO VOY A MIRAR Y ACTUAR #AHORASÉQUÉHACERTCA

Nota. Recuperado de: Aragón hoy, 2019.